



AZ EURÓPAI KÖZÖSSÉGEK BIZOTTSÁGA

Brüsszel, 14.10.2005
COM(2005) 484 végleges

ZÖLD KÖNYV

**A népesség mentális egészségének javításáról
Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának céljából**

TARTALOMJEGYZÉK

1.	Bevezetés.....	3
2.	Mentális egészség – a polgárok, a társadalom és a szakpolitikák központi kérdése....	4
3.	A jelenlegi helyzet – mentális betegségek: egyre nagyobb kihívás az EU számára	4
4.	Válaszalkotás: Politikai kezdeményezések a mentális egészségügy területén	5
4.1.	Az Európai Közösség küldetése és tevékenységei a mentális egészségügy területén .	5
4.2.	Mentális egészség a tagállamokban	7
5.	Az EU szintű mentális egészségi stratégia szüksége	7
6.	Megoldáskeresés – cselekvési lehetőségek.....	8
6.1.	A mentális egészség promóciója és a mentális betegségek megelőző intézkedéseken keresztüli megközelítése	8
6.1.1.	A népesség mentális egészségének előmozdítása.....	8
6.1.2.	A mentális betegségek megelőző intézkedéseken keresztüli megközelítése	10
6.2.	Mentális betegségben vagy fogyatékoságban szenvedő emberek társadalmi integrációjának elősegítése, valamint alapvető jogaik és méltóságuk védelme.....	11
6.3.	A mentális egészséggel kapcsolatos tájékoztatás és ismeretek javítása az EU-ban...	12
7.	Az EU mentális egészségügyi stratégiájának kialakítását elősegítő konzultációs folyamat.....	13
7.1.	A mentális egészséggel kapcsolatos párbeszéd kialakítása a tagállamokkal	13
7.2.	Mentális egészségügyi EU-fórum kialakítása.....	13
7.3.	A mentális egészségügyi politika és kutatás közötti érintkezési pont kialakítása	13
8.	A következő lépések	14

ZÖLD KÖNYV

A népesség mentális egészségének javításáról Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának céljából

1. BEVEZETÉS

Az európai népesség mentális egészsége az EU számos politikai stratégiai célkitűzésének forrása, így például annak, hogy Európa ismét a hosszú távú virágzás irányába haladjon, hogy fenntartható legyen Európa szolidaritás és társadalmi igazságosság melletti elkötelezettsége, illetve hogy az európai polgárok életminősége jelentős gyakorlati haszonnal javulhasson¹.

Ugyanakkor az EU népességének mentális egészségén jelentősen lehet jobbitani:

- Minden negyedik állampolgár érintett olyan mentális betegségben, amely a túlságosan magas halálozási arányt jelentő öngyilkossághoz vezet;
- A mentális betegségek jelentős veszteségeket és terheket jelentenek a gazdasági, társadalmi, oktatási, csakúgy, mint a büntetőjogi és az igazságügyi rendszerben;
- Továbbra sem szűnt meg a mentális betegségekkel vagy fogyatékkal élő emberek jogait és méltóságát sértő megfélemlítés, kirekesztés és tiszteltlenség, ami kihívást jelent a legfontosabb európai értékek szempontjából.

A helyzeten való javítás lehetséges. Már több kezdeményezés megkezdődött. A létező cselekvések további javítása és megerősítése szükséges. A WHO 2005. januári európai mentális egészségügyi miniszteri konferenciája egységes cselekvési terv keretprogramját alakította ki, és határozott politikai elköteleződést vállalt a mentális egészség kérdése mellett. Felkérte az Európai Bizottságot, hogy a konferencia együttműködő partnereként hatásköreinek és a Tanács elvárásainak megfelelően, illetve a WHO-val együttműködésben járuljon hozzá e cselekvési keret végrehajtásához.

E zöld könyv a felkérésre adott első válasz. Mentális egészségügyi EU-stratégia felállítását javasolja. E stratégia hozzáadott értéket jelentene azáltal, hogy megvalósítaná a tagállamok közötti tapasztalatcsere és együttműködés keretrendszerét, a tagállamokban és közösségi szinten elősegítené az egészségügyi és nem-egészségügyi politikai ágazatok egységességének javítását, illetve a fontos érdekelt felek egész sorának tenné lehetővé a megoldáskeresésben való részvételt.

A Zöld Könyv célja az európai intézményekkel, a kormányokkal, az egészségügyi szakmával, a többi ágazat érdekelt feleivel, a szélesebb társadalommal – így a betegek érdekvédelmi szervezeteivel – és a kutatói közeggel folytatott vita kezdeményezése az EU mentális egészségének jelentőségéről, az EU szintű stratégiáról és annak lehetséges prioritásairól.

Az EK-szerződés 152. cikkében található rendelkezésekkel összhangban a Zöld Könyv bizonyos, a közegészségügy területén tett cselekvési javaslatai közösségi hatáskörbe tartoznak. A további javaslatok a tagállamok kizárólagos hatáskörébe tartoznak majd. Az

egyéb szakpolitikák terén való intézkedések javaslati tekintetében a megfelelő jogalapok alkalmazandók.

A Bizottság szándékában áll a konzultációs folyamat eredményeinek adott esetben az EU mentális egészségügyi stratégiájára tett javaslatával együtt történő közzététele 2006 végéig.

2. MENTÁLIS EGÉSZSÉG – A POLGÁROK, A TÁRSADALOM ÉS A SZAKPOLITIKÁK KÖZPONTI KÉRDÉSE

Mentális egészség nélkül nincs egészség. Az *állampolgárok szempontjából* a mentális egészség az a forrás, amely által megvalósíthatják szellemi és érzelmi lehetőségeiket, és megtalálhatják, illetve kiteljesíthetik társadalmi, oktatási és szakmai életformájukat. A *társadalom szempontjából* a polgárok jó szellemi egészsége hozzájárul a jóléthez, a szolidaritáshoz és a társadalmi igazságossághoz. Ezzel szemben a mentális betegségek különféle költségeket, veszteségeket és terheket jelentenek mind az állampolgárokra, mind a szociális rendszerre nézvést.

Mentális egészség, mentális betegségek és meghatározó elemeik:

A **mentális egészség** a WHO meghatározása szerint: „a jólét olyan foka, amelyen az egyén megvalósítja képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, eredménnyel és gyümölcsözően képes dolgozni, valamint hozzá tud járulni saját közösségéhez.”²

A **mentális betegségek** körébe tartoznak a mentális egészségügyi problémák és veleszületett jellegek, a szorongással, tünetekkel járó csökkent működés és a diganosztizálható mentális rendellenességek, mint amilyen a skizofrénia vagy a depresszió.

Az ember mentális állapotát **több összetevő** (ld. 1. melléklet), így a biológiai (genetikai, nemi), egyéni (személyes tapasztalatok), családi és szociális (társadalmi támogatás), illetve gazdasági és környezeti (társadalmi helyzet és életkörülmények) szempontok határozzák meg.

3. A JELENLEGI HELYZET – MENTÁLIS BETEGSÉGEK: EGYRE NAGYOBB KIHÍVÁS AZ EU SZÁMÁRA

Egészségügyi jellegzetességek

Becslések szerint a felnőtt európai lakosság évente több, mint 27%-a esik át legalább egy mentális betegségen (l. 2. melléklet).³

Az EU-ban megfigyelhető mentális betegségek közül a szorongásos zavarok és a depresszió a legelterjedtebb. 2020-ra várhatóan a depresszió lesz a legnagyobb szerepet játszó betegség a fejlett világban.⁴

Jelenleg az EU-ban évente 58.000 állampolgár halálát okozza öngyilkosság (l. 3. melléklet); ez magasabb, mint a közlekedési balesetek, emberölés vagy a HIV/AIDS okozta elhalálozások száma.⁵

A szellemi és fizikai egészség szorosan összefügg egymással. Ennek egyik velejárója, hogy a mentális egészség bevonása az általános kórházi ellátásba jelentősen csökkentheti a kórházi gondozás idejét, gazdasági erőforrást szabadítva fel ezáltal.

A virágzásra, a szolidaritásra és a társadalmi igazságosságra gyakorolt hatás

A mentális betegségek vonatkozásai különfélék:

A mentális betegségek az EU számára a GDP 3-4%-ába kerülnek, ami főként a termelési veszteségben jelentkezik.⁶ A mentális zavarok az előnyugdíjazás és a rokkantnyugdíjazás egyik fő oka.⁷

A gyermekkori viselkedési és magatartási zavarok a szociális, az oktatási és a büntetőjogi rendszert terhelik (l. 4. melléklet).⁸

További közvetett költségeket von maga után a társadalom bánásmódja a mentális betegséggel vagy fogyatékossgal élőkkel. A pszichiátriai gondozás fejlődő kezelési lehetőségei és pozitív változásai ellenére a mentális betegséggel vagy fogyatékossgal élők továbbra is a társadalmi kirekesztettség, a megfélemlítés, a hátrányos megkülönböztetés és az alapvető jogukat és méltóságukat sértő tisztelatlenség áldozatai.

4. VÁLASZALKOTÁS: POLITIKAI KEZDEMÉNYEZÉSEK A MENTÁLIS EGÉSZSÉGÜGY TERÜLETÉN

A mentális betegségek egyre inkább problémaként való felfogása arra indította a politikai döntéshozókat, az egészségügyi szakembereket és más érdekelt feleket, hogy megoldásokat keressenek, így legutóbb a 2005. januári WHO európai mentális egészségügyi miniszteri konferencia keretében.⁹

Teljes az egyetértés abban, hogy a legfontosabb prioritást a hatékony és magas színvonalú, a mentális betegségekben szenvedők számára elérhető beteggondozás és kezelés jelenti.¹⁰

Mégis, bármily központi szerepet játszanak is az orvosi beavatkozások a kihívások megragadásában, önmagukban nem képesek szembenézni a társadalmi tényezőkkel és megváltoztatni azokat. Éppen ezért – a WHO stratégiájával összhangban – személyre szabott kezelést és gondozást biztosító egységes megközelítés, illetve az egész népességet megcélzó cselekvés szükségeltetik a mentális egészség előmozdítása, a mentális betegségek megelőzése és a megfélemlítéssel és emberi jogokkal kapcsolatos kihívásokkal való szembenézés érdekében. Egy ilyen megközelítés sok szereplő, többek között a népesség szellemi egészségére hatást gyakorló döntésekért felelős egészségügyi és nem-egészségügyi politikai ágazatok és érdekelt felek bevonásával jár. A betegek érdekvédelmi szervezetei és a civil társadalom elsőrangú szerepet kell játsszon a megoldáskeresésben.

4.1. Az Európai Közösség küldetése és tevékenységei a mentális egészségügy területén

A közösségi szintű cselekvési megbízást a közegészségügy területén az EK-szerződés 152. cikke határozza meg. A cikk előírja, hogy valamennyi közösségi politika és tevékenység meghatározása és végrehajtása során biztosítani kell az emberi egészségvédelem magas szintjét¹¹. A közösségi cselekvésnek e területen ki kell egészítenie a nemzeti politikákat az egészség javítása, a betegségek és rendellenességek megelőzése, az egészségügyi felvilágosítás és oktatás, valamint a kábítószerrel kapcsolatos károsodások csökkentése és a tagállamok közötti együttműködés elősegítése érdekében. A tagállamok kizárólagos hatáskörrel rendelkeznek az egészségügyi gondozás és szolgáltatások megszervezésében. A többi közösségi szakpolitika tekintetében a megfelelő jogalap alkalmazandó.

Az e hatáskörökön alapuló mentális egészségügy kérdése az egész Európai Közösségre tartozó kérdés, mégpedig a következők miatt:

- A hozzájárulás, amelyet a népesség jó mentális egészsége biztosít az EU bizonyos politikai stratégiai célkitűzéseire;
- A Közösség szerepe a tagállamok közötti együttműködés elősegítésében és támogatásában, illetve a köztük lévő egyenlőtlenségek kezelésében; továbbá
- A Közösség kötelessége, hogy valamennyi politikáján és tevékenységén keresztül hozzájáruljon a magas szintű emberi egészségvédelemhez.

Az elmúlt néhány év során számos különleges kezdeményezés jött létre a különböző közösségi szakpolitikákban:

- A Közösség **egészségügyi politikája** 1997 óta a mentális egészségre is kiterjed a különleges terveknek és politikai kezdeményezéseknek¹² köszönhetően (l. 5. melléklet). Az intézkedés jogalapja az EU *2003-2008-as közegészségügyi programja*¹³. További kapcsolódó prioritást jelent a kábítószer-használat és az alkohol okozta pusztítások.
- A Közösség **szociális és foglalkoztatásügyi politikájának** kezdeményezései a mentális betegségben szenvedők megkülönböztetésének tilalmát, a szellemi fogyatékkal élők társadalmi integrációját és a munkahelyi stressz megelőzést célozták meg, beleértve:
 - A 2000/78/EK irányelv elfogadása, amely tiltja többek között a rokkantsági alapon történő diszkriminációt a foglalkoztatás területén¹⁴;
 - A Fogyatékkal élők európai napja (2003) kapcsán hozott intézkedések; továbbá
 - A munkahelyi stresszről szóló, társadalmi partnerek között megkötött európai keretegyezmény elfogadása (2004).
- A Közösség **kutatói keretprogramjai** továbbra is az európai mentális egészségügyi kutatás megerősítésének fontos forrását jelentik.¹⁵ Az egyik példa a MHEDEA-2000 projekt, amely elvégezte a szellemi fogyatékok európai felmérését.¹⁶
- Az **információs társadalmi és a médiapolitika** támogatta az IKT alapú (információs és kommunikációs technológia) alkalmazások megelőzésben, diagnosztizálásban és gondozásban való felhasználását.¹⁷
- A **regionális politika** támogatja az egészségügyi ágazat infrastrukturális befektetéseit, ami kedvez a régió strukturális alkalmazkodásának.
- Az **oktatási politika** a szakpolitikai munkán (alapvető szakértelem a tudásalapú társadalomban) és projekteken keresztül foglalkozik a mentális egészség kérdésével.
- A DAPHNE II program a Közösség **szabadságjogi, igazságügyi és biztonságpolitikája** részeként küzd a gyermekek, fiatalok és nők elleni erőszak felszámolásáért.¹⁸ Az ilyen erőszak mentális egészségügyi problémákhoz vezethet.

Ugyanakkor az e tevékenységek összeségét összekapcsoló közösségi szintű és egységes mentális egészségügyi stratégia egyelőre nem létezik. Egy ilyen stratégia megerősítené a jelenlegi és jövőbeni kezdeményezések következetességét és hatékonyságát.

4.2. Mentális egészség a tagállamokban

Jelentős egyenlőtlenségek vannak a tagállamok között (illetve a tagállamokon *belül*). Ennek egy példája az öngyilkossági arányok közötti különbség, amely 100.000 emberen mérve Görögország esetében évente 3,6, Litvánia lakosságán mérve azonban 44, ami egyben a világon a legmagasabb arány.¹⁹ A mentális egészségre fordított egészségügyi költségvetés arányszámai hasonlóan nagy különbségeket mutatnak a tagállamok között (l. 6. melléklet).

„A mentális egészség helyzete az Európai Unióban” c. 2004-es jelentés²⁰ megállapította, hogy a mentális egészség kérdésének megközelítése nem egységes a tagállamok között, hanem országtól függően tükrözi sokszínű helyzetüket, hagyományaikát és kultúrájukat.

„A mentális egészség előmozdítása és a mentális rendellenességek megelőzése az Európai Unió tagállamaiban – áttekintés” c. 2005-ös kiadvány²¹ az országok történeteiből válogat és bemutatja a tagállamok különböző kihívásait, politikáit és rendszereit.

A tagállamok közötti sokszínűség miatt az egyszerű következtetések levonása és az egységes megoldásokra tett javaslat lehetetlennek mutatkozik. Ugyanakkor van tere a tagállamok közötti tapasztalatcserének és együttműködésnek, csakúgy mint az egymás példáiból való tanulás lehetőségének.

A Miniszterek Tanácsa által 1999 óta elfogadott politikai dokumentumok egy része²² már jelezte a tagállamok azon óháját, hogy kiaknázzák az EU szintű együttműködést a mentális egészség területén. A 2005 júniusában elfogadott tanácsi végkövetkeztetés azzal erősítette meg ezt az üzenetet, hogy felkérte a tagállamokat, hogy szenteljének figyelmet a WHO európai mentális egészségügyi miniszteri konferencia eredményeinek végrehajtására. A Bizottságot hatásköre alapján felkérték e végrehajtás támogatására.

5. AZ EU SZINTŰ MENTÁLIS EGÉSZSÉGI STRATÉGIA SZÜKSÉGE

Az EU szintű mentális egészségügyi stratégia létrejöttének hozzáadott értéke a következőkben állna:

- (1) A tagállamok közötti tapasztalatcsere és együttműködés keretrendszerének létrejötte;
- (2) A cselekvések összehangolásának további elősegítése a különböző politikai ágazatokban;
- (3) Fórum megszervezése az érdekelt felek – így a betegek érdekvédelmi szervezetei és a civil szervezetek – problémakeresésbe való bevonására.

A konzultációnak azonosítania kellene, hogy a Közösség politikai és pénzügyi eszközei, így a Kutatói keretprogramok, mennyiben járulnak hozzá a népesség mentális egészségének javításához. A tagállamokat arra biztatják, hogy a régiókkal és a Bizottsággal mérjék fel, hogyan lehet jobban felhasználni a strukturális alapokat a hosszú távú ápolási eszközök és egészségügyi infrastruktúra javítására a mentális egészségügy területén. A Bizottság horizontális hozzájárulása hozzásegíthetne az EU-ra jellemző mentális egészségi állapottal

kapcsolatos információ és tudás megszerzéséhez, a mentális egészség összetevőinek ismeretéhez, illetve a mentális betegségekkel való küzdelem lehetőségeihez.

A stratégia kialakítására fel kellene használni a WHO európai régióval kapcsolatos stratégiáját, az EU programjaiba tartozó tevékenységek eredményeit, csakúgy mint a tagállamokban rendelkezésre álló tényismereteket.

A Bizottság javaslata szerint az EU-stratégia a következő szempontokat kell, hogy szem előtt tartsa:

- | | |
|-----|---|
| (1) | Az általános mentális egészség előmozdítása; |
| (2) | A mentális betegségek megelőző intézkedéseken keresztüli megközelítése; |
| (3) | A mentális betegséggel és fogyatékossgal élők társadalmi integrációján és jogaik és méltóságuk védelmén keresztül életminőség-javítása; továbbá |
| (4) | Az EU mentális egészségügyi információs, kutatói és ismereti rendszerének fejlesztése. |

6. MEGOLDÁSKERESÉS – CSELEKVÉSI LEHETŐSÉGEK

A meglévő politikai elköteleződéseket tettekké kell alakítani. Az EU közegészségügyi programjaiba tartozó projektek kimutatták, hogy a cselekvés lehetséges, ráadásul sikeres és költséghatékony lehet. Más projektek hozzájárultak az EU-ban megfigyelhető mentális egészség pontosabb ismeretéhez és információs alapjaihoz.

A „mentális egészség előmozdításának végrehajtási hálózata (IMPHA)” ²³ internetes adatbázist fejlesztett ki a létező programok, a megelőzés és előmozdítás tényeinek, valamint a "mentális egészség előmozdítása és a mentális rendellenességek megelőzése – európai politika” ²⁴ cselekvési terv leírásával.

6.1. A mentális egészség promóciója és a mentális betegségek megelőző intézkedéseken keresztüli megközelítése

A mentális egészség elősegítése és a mentális betegségek megelőzése a védőelemek (vagyis a rugalmasság) erősítésével és a kockázati elemek csökkentésével kiterjed a mentális egészség egyéni, családi, közösségi és társadalmi összetevőire²⁵ (l. 7. melléklet). Az iskolák és munkahelyek, ahol az emberek idejük jelentős részét töltik, a cselekvés kulcshelyszínét jelentik.

6.1.1. A népesség mentális egészségének előmozdítása

Csecsemők, gyermekek és serdülők mentális egészségének formálása

Mivel a szellemi egészség szempontjából meghatározó az élet első pár éve, a gyermekek és serdülők szellemi egészségének előmozdítása hosszú távú befektetésnek tekinthető. A szülői ismeretek oktatása segítheti a gyermek fejlődését. A holisztikus megközelítés javíthatja a szociális képességeket és a rugalmasságot, illetve csökkentheti a gyötrődést, a szorongást és a depressziós tüneteket.

Az EU-projekteken keresztül megfigyelt néhány sikeres lépés²⁶

Csecsemők és gyermekek: az anyák szülés utáni depressziójának a kezelése; a szülői ismeretek javítása; a gyermekgondozók családlátogatása a jövőbeni és új szülők segítése érdekében; gyermekgondozók segítségnyújtása az iskolában.

Serdülők és fiatal felnőttek: egészséges iskolai környezet és szellemiség; Mentális egészségügyi csomag diákoknak, szülőknek és tanároknak.

A munkavégzők mentális egészségének előmozdítása

Míg a jó mentális egészség növeli a munkaképességet és a produktivitást, addig a rossz munkakörülmények – beleértve a kollégák elbátortalanítását – rossz mentális egészséghez, betegszabadságokhoz és a költségek emelkedéséhez vezet. Az európai alkalmazottak 28%-a számol be munkahelyi stresszről.²⁷ Az egyéni kapacitás javítására és a munkakörülmények okozta stressz csökkentésére tett beavatkozások növelik az egészségügyi és gazdasági fejlődést.

Az EU-projekteken keresztül megfigyelt néhány sikeres lépés²⁸

Részvételen alapuló munkahelyi és irányítási szokások; a személyzet mentális betegségeinek felismerése; a személyzet igényeinek megfelelő munkahelyi feltételek (pl. rugalmas munkaidő).

Idősek mentális egészségének elősegítése

Az idősödő EU-népesség és a kapcsolódó mentális egészségügyi következmények hatékony cselekvésre szolítanak. Az idős kor számos stresszhelyzetet teremt, ami növelheti az olyan mentális betegségek számát, mint például a csökkenő működőképesség vagy a társadalmi elszigetelődés. Az időskori depresszió és a korral járó idegi-pszichés állapot – mint például az elmezavar – növeli a mentális zavarok okozta terheket. A támogatást célzó beavatkozások láthatóan elősegítik az idős népesség mentális jólétét.

Az EU-projekteken keresztül megfigyelt néhány sikeres lépés²⁹

Szociális támogató hálózatok; a fizikai tevékenységek támogatása, illetve a közösségi és önkéntes programokban való részvétel.

A társadalom sebezhető célcsoportjai

A rossz társadalmi és gazdasági helyzet növeli a mentális betegségek iránti védtelenséget. A munka elvesztése, illetve a munkavégzés megszűnése rossz önértékeléshez és depresszióhoz vezethet. A bevándorlók és más, a társadalom peremére szorult csoportok a mentális betegségek nagyobb kockázatának vannak kitéve. A munkanélküliek munkapiacra történő ismételt bevonására tett beavatkozások költséghatékonyak bizonyulhatnak. A sebezhető csoportok támogatása növelheti a mentális egészséget, erősítheti a társadalmi összetartást és elkerülhetővé teheti a kapcsolódó társadalmi és gazdasági terheket.

Az EU-projekteken keresztül megfigyelt néhány sikeres lépés³⁰

Nagyobb kockázatnak kitett csoportok tanácsadása; A munkapiacra való belépés elősegítése; a mentális betegséggel vagy fogyatékkal élők támogatott foglalkoztatása.

Lehetséges közösségi szintű kezdeményezés

A Zöld Könyvre való válaszként a konzultációs folyamaton keresztül kialakított tanácsok táplálhatják a mentális egészség elősegítéséről szóló tanácsi ajánlás bizottsági javaslatát³¹.

6.1.2. A mentális betegségek megelőző intézkedéseken keresztüli megközelítése

A depresszió megelőzése

A depresszió EU-szerte az egyik legkomolyabb egészségügyi probléma.

A Bizottság 2004-es "Depresszió elleni fellépések" c. szakértői jelentése elemzi a depressziót és annak az egészségügyre, illetve a társadalmi és gazdasági rendszerekre gyakorolt hatását, valamint cselekvési lehetőségeket mutat be.³²

Az életvezetésre és a szorongás megelőzésére kiterjedő iskolai szemlélet, a stresszcsökkentést célzó munkahelyi szemlélet és az idősebb csoportok fizikai tevékenysége mind csökkentheti a depressziós tüneteket. A nyilvánosság figyelmének felhívása a depresszióra elősegítheti a segítségkérést, illetve csökkentheti a megbélyegzést és a hátrányos megkülönböztetést.

Néhány sikeres lépés:

Kognitív-viselkedéstani beavatkozások; a kockázatnak kitett személyek pszichés támogatása; egészségügyi szakemberek képzése depresszió megelőzésére, felismerésére és kezelésére.

Droghasználatból fakadó zavarok csökkentése

Az alkohol, a kábítószeres és egyéb pszichoaktív anyagok fogyasztása a mentális egészségügyi problémák gyakori kockázati tényezője vagy következménye. A kábítószeres és az alkohol a közösségi szintű egészségügyi politika elfogadott prioritása.

- Kábítószeres

2004-ben a Tanács elfogadta az EU 2005-2012-es kábítószerügyi stratégiáját.³³ 2005-ben a Tanács elfogadta a 2005-2008-ra vonatkozó kábítószerrel kapcsolatos cselekvési tervet.³⁴ 2006 végére a Bizottság jelentést tervez a tanácsi ajánlás tagállami végrehajtásáról.³⁵

- Alkohol

2001-ben a Tanács ajánlást fogadott el a fiatalok alkoholfogyasztásáról. A Bizottság jelenleg értékeli az ajánlás végrehajtását, és egységes közösségi stratégiát készít elő az alkohol okozta ártalmak csökkentésére.

Az öngyilkosság megelőzése

A tagállamokban az öngyilkosság megelőzési stratégiái kidolgozás alatt vannak. Az öngyilkosság megelőzésének kézzelfogható jelei: az öngyilkosság módjaihoz való hozzáférés korlátozása, egészségügyi gondozók képzése, az öngyilkossági kísérleteket követő kísérő és utókezelés közötti együttműködés.

Sikeres lépés:

A Depresszióellenes Európai Szövetség (EAAD) az egészségügyi ágazat, a betegek és családjuk, a közösség szervezői és a nyilvánosság közötti regionális információs hálózat megteremtésével igyekszik visszaszorítani a depressziót és az öngyilkossági kísérleteket. Egy kísérleti projekt az öngyilkosságok és öngyilkossági kísérletek 25%-os csökkenését mutatta különösen a fiatalkorúak körében.³⁶

Lehetséges közösségi szintű kezdeményezés:

A Zöld Könyvre való válaszként a konzultációs folyamaton keresztül kialakított tanácsok táplálhatják a depresszió és a szuicid viselkedés visszaszorításáról szóló tanácsi ajánlás bizottsági javaslatát.

6.2. Mentális betegségben vagy fogyatékoságban szenvedő emberek társadalmi integrációjának elősegítése, valamint alapvető jogaik és méltóságuk védelme

A mentális betegségben vagy fogyatékoságban szenvedők a többi ember félelmével és előítéletével szembesülnek, aminek okai gyakran a mentális betegségekről alkotott tévképzetek. A megbélyegzés növeli a szenvedést, a társadalmi kirekesztettséget, és aláássa a lakóhelyhez és munkához jutást. Ez akadályozza a megbélyegzéstől tartó emberek segítségkeresését. Az EK-szerződés 13. cikke közösségi szintű jogalapot teremt többek között a rokkantságon alapuló hátrányos megkülönböztetés elleni küzdelemre. Ezen kívül változásra van szükség a népesség, a hatóságok és a kormányok hozzáállásában: a nyilvánosság ismereteinek javítása a mentális betegségeket és kezelési módjaikat illetően, valamint a mentális betegséggel vagy fogyatékosággal élők munkába való integrációjának elősegítése nagyobb társadalmi elfogadást és megértést eredményezhet.

Paradigmaváltás

A mentális egészségügyi szolgáltatások *intézményektől való függetlenítése* és az elsőfokú gondozási szolgáltatások felállítása, a szociális központok és az általános kórházak a betegek és családjuk szükségleteivel összhangban lehetővé tehetik a társadalmi integrációt. A nagy elmegyógyintézetek könnyen hozzájárulnak a megbélyegzéshez. A pszichiátriai szolgálatok reformjai kapcsán a nagy elmegyógyintézetekben biztosított mentális egészségügyi szolgáltatásokat számos ország a közösségi szintű szolgáltatások felé mozdítja el (az új tagországok némelyikében az elmegyógyintézetek továbbra is fontos szerepet játszanak a mentális egészségügyi infrastruktúrában). Ez együtt jár a páciensek és családjuk, csakúgy mint a személyzet aktív részvételének és a felkészítési stratégiáknak a képzésével.³⁷

Egy, a Bizottságnak készült tanulmány („Included in Society” – „A társadalom része”³⁸) megerősítette, hogy az intézetek közösségi alapú alternatívái általában véve jobb életminőségi lehetőségeket nyújtanak a fogyatékosoknak. Egy újabb tanulmány elemezni és részletezni fogja, hogy a jelenlegi pénzügyi forrásokat hogyan lehetne a fogyatékosok szükségleteinek

megfelelőbben felhasználni, és számot fog adni az intézményektől való függetlenedés költségeiről.³⁹

Más nemzetközi szervezetek fontos tevékenységei:

A **WHO egészségelősegítő kórházhálózatán** belül a *pszichiátriai egészségügyi szolgáltatások munkacsoportja*⁴⁰ a mentális egészség jó pszichiátriai elősegítésének mintáját nyújtja.

Az **Európa Tanács** 2006-ban megkezdte munkáját a „mentális egészségügyi etika és emberi jogok európai referenciaeszközének” kidolgozására.

Egyes páciensek önkéntes alapú pszichiátriai fekvőbeteg-gondozást igényelnek. A páciensek *önkéntes* elmeorvosintézetbe helyezése és az akaratuk ellenére folytatott kezelés szigorúan sérti a jogaikat. E megoldáshoz csak végső esetben lehet fordulni, amennyiben semmilyen kevésbé megszorító lehetőség nem járt sikerrel.

A „Mentális betegek kötelező beutalása és önkényes kezelése – Törvényhozás és gyakorlat Európában” c. projekt⁴¹ kimutatta, hogy az EU tagállamainak jogszabályai rendkívül heterogének. A jelenlegi gyakorlat szempontjából a kulturális szokások és viszonyok, valamint a mentális egészségügyi rendszer szerkezete és minősége is meghatározó. A kötelező beutalások elterjedtsége is nagyban változik a tagállamok között.

Az emberi méltóság és a mentális egészség kihívásai más lakókörnyezetekben, így az idősek otthonában, a gyermekotthonokban és a börtönökben is léteznek.

Lehetséges közösségi szintű kezdeményezés:

- A konzultációs folyamat során kialakított javaslatok a **társadalmi integráció elősegítésének és a mentális betegséggel vagy fogyatékossgal élők jogvédelmének legjobb gyakorlatához** vezethetnek.

Az EU 2007. január 1-től működő ügynökségének, az **Alapvető Jogok Ügynökségének** tevékenységei kiterjedhetnének a mentális betegséggel vagy fogyatékossgal élőkre és az elmeorvosintézetek helyzetére is.⁴²

6.3. A mentális egészséggel kapcsolatos tájékoztatás és ismeretek javítása az EU-ban

A mentális egészséget kevésbé tartják szem előtt a létező egészségügyi rendszerek. Komoly erőfeszítéseket kell tenni a népességre jellemző mentális egészségre és fogyatékossgra vonatkozó nemzeti és nemzetközi mutatók harmonizálására egy EU szintű összehasonlítható adathalmaz létrehozása céljából. Több adat szükségeltetik a mentális egészség társadalmi, népességi és gazdasági összetevőiről, csakúgy mint a promóció és a megelőző infrastruktúrák, tevékenységek és források tekintetében.

Fel kellene mérni, hogy a rendelkezésre álló közösségi eszközök, így a Hetedik kutatási keretprogram⁴³ hogyan kerülhetne felhasználásra a kutatási kapacitások fejlesztésére, illetve a mentális egészségügyi kutatások támogatására az EU-ban. A mentális egészség jelentőségének és a mentális betegségek egészséget, életminőséget, gazdasági és társadalmi jólétet, társadalmi integrációt és az alapvető jogokat, valamint a mentális egészségügyi

szolgáltatásokat (vagyis jogegyenlőséget, hozzáférést) érintő következményeinek jobb ismerete hozzásegítene a jelenlegi gyakorlat javításához.

Lehetséges közösségi szintű kezdeményezés:

A Közösséget és a nemzeti hatóságokat, akadémiái intézményeket és az érdekelt feleket egybegyűjtő, **politikai és tudományos érintkezési pont** kialakítása. Szerepe az EU fontos mentális egészségügyi mutatóival, a mentális egészség felügyeletével, illetve az EU szintű kutatói tevékenységek prioritásaival kapcsolatos tanácsadás lenne.

7. AZ EU MENTÁLIS EGÉSZSÉGÜGYI STRATÉGIÁJÁNAK KIALAKÍTÁSÁT ELŐSEGÍTŐ KONZULTÁCIÓS FOLYAMAT

A mentális egészség sok szempontból nagy jelentősége elég okot ad a széleskörű és körültekintő konzultációs folyamaton alapuló mentális egészségügyi EU-stratégia kialakítására.

A következő tevékenységek vannak kilátásban:

7.1. A mentális egészséggel kapcsolatos párbeszéd kialakítása a tagállamokkal

E fórum lehetővé teszi a tagállamok közötti tapasztalatcserét és együttműködést. Az egyik cél a mentális egészségügyi cselekvési terv prioritásainak és elemeinek meghatározása, ami az egészségügyi és nem-egészségügyi politikák központi cselekvéseinek felállításához vezet a célok, viszonyítási pontok, a cselekvések üteme és a végrehajtási felügyelet mechanizmusainak megállapításával. A WHO mentális egészségügyi európai cselekvési terve az EU közegészségügyi programjával, a „mentális egészség előmozdítása és a mentális rendellenességek megelőzése – európai politika” cselekvési tervvel referenciaként szolgálhat.⁴⁴ A párbeszédnek figyelembe kellene vennie a két javasolt tanácsai ajánlást is: a) a mentális egészség elősegítése és b) a depresszió és a szuicid viselkedés visszaszorítása.

7.2. Mentális egészségügyi EU-fórum kialakítása

A mentális egészségügyi EU-fórumnak több szereplő (politikai döntéshozók, szakértők és érdekelt felek az egészségügyi és nem-egészségügyi ágazatokból, a civil társadalom képviselői) bevonásával kellene előmozdítania az ágazatközi együttműködést és konszenzust. A fórumnak elemeznie kell a legfontosabb mentális egészségügyi szempontokat, a tények alapján gyakorlatot kell meghatározni, cselekvésre vonatkozó ajánlatokat kell kidolgozni közösségi szinten is, valamint a mentális betegséggel és fogyatékossággal élők, illetve alapvető jogaik és méltóságuk védelme érdekében elő kell mozdítania társadalmi integrációjukat; mindezek a tagállamokkal folytatott párbeszéd részét képezhetik.

7.3. A mentális egészségügyi politika és kutatás közötti érintkezési pont kialakítása

E harmadik csoportnak el kell köteleznie a legfontosabb érdekelt feleket egy olyan megfigyelőrendszer kialakítására vonatkozó párbeszéd előmozdítására, amely magában foglalná a mentális egészséggel és összetevőivel, a hatásvizsgálattal és a tényen alapuló gyakorlattal kapcsolatos információkat. A csoport felkutatná a kutatási prioritások meghatározásához, illetve az adathalmazok, a kutatás és a politikaalkotás jobb kapcsolódási

pontjának biztosításához vezető leghatásosabb utakat. Ajánlásai a cselekvési terv részét kell, hogy képezzék.

8. A KÖVETKEZŐ LÉPÉSEK

Széles körű az egyetértés abban, hogy a mentális egészség emberi, szociális és gazdasági dimenziója a politikai döntéshozók részéről nagyobb elismertséget, illetve nagyobb közfigyelmet igényel. A tagállamok, az EU és a WHO szintjén jelentős kezdeményezések indultak útnak.

A Bizottság felkéri az érdekelt állampolgárokat, pártokat, szervezeteket és az Európai Unió intézményeit, hogy a Zöld Könyvhöz fűzött megjegyzéseikkel járuljanak hozzá egy lehetséges mentális egészségügyi EU-stratégia és cselekvési terv kialakításához.

A Bizottságot különösen érdeklik a következő kérdésekhez kapcsolódó vélemények:

- (1) Mennyire fontos a népesség mentális egészsége az EU politikai stratégiai célkitűzéseire (1. 1. szakasz)?
- (2) Az egységes EU-stratégia kialakítása hozzáadott értéket adna-e a létező és tervezett cselekvéshez, illetve megfelelő prioritásokat állít-e fel az 5. szakasz?
- (3) Megfelelő-e a 6. és 7. szakaszban javasolt kezdeményezések a tagállamok közötti együttműködés támogatására, a mentális egészségnek az egészségügyi és nem-egészségügyi politika, illetve az érdekelt felek cselekvéseibe való integrálásának elősegítésére, valamint a mentális egészség szempontjaihoz kapcsolódó kutatás és szakpolitika jobb összehangolására?

A konzultációs folyamattal összefüggésben a hozzászólásokat **2006. május 31-ig** kell eljuttatni a Bizottsághoz e-mailben (mental-health@cec.eu.int) vagy postai úton a következő címre:

European Commission (Európai Bizottság)

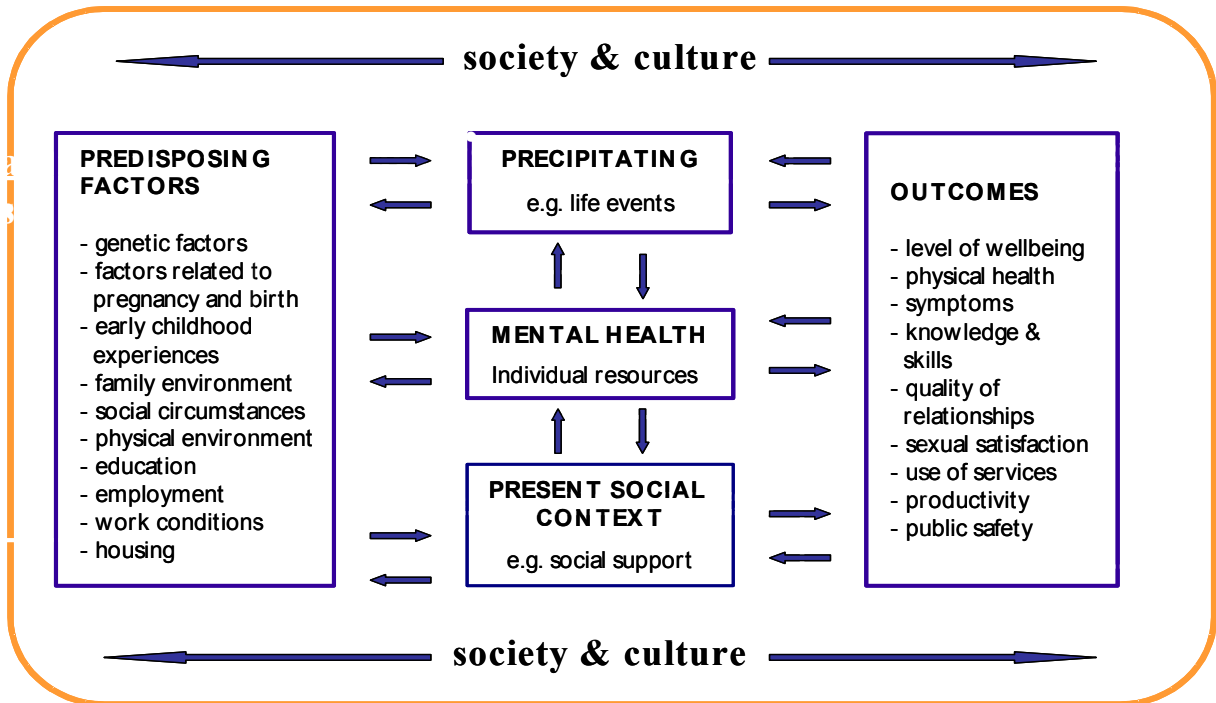
(Directorate-general for Health and Consumer Protection) Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság

Unit C/2 "Health Information" (Egészségügyi tájékoztatás)

L-2920 Luxembourg

E Zöld Könyv és a beérkezett hozzászólások közzétételre kerülnek a Bizottság honlapján⁴⁵, amennyiben nem kéri egyértelműen annak ellenkezőjét. 2006 végén a Bizottság elemzést kíván bemutatni a beérkezett válaszokból adott esetben az általa készített, az EU mentális egészségügyi stratégiájára vonatkozó javaslattal és/vagy kezdeményezésekkel.

ANNEX 1
The functional model of mental health



Source:

Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., Ahonen, J. (eds.): : Framework for promoting mental health in Europe, Hamina 1999

ANNEX 2

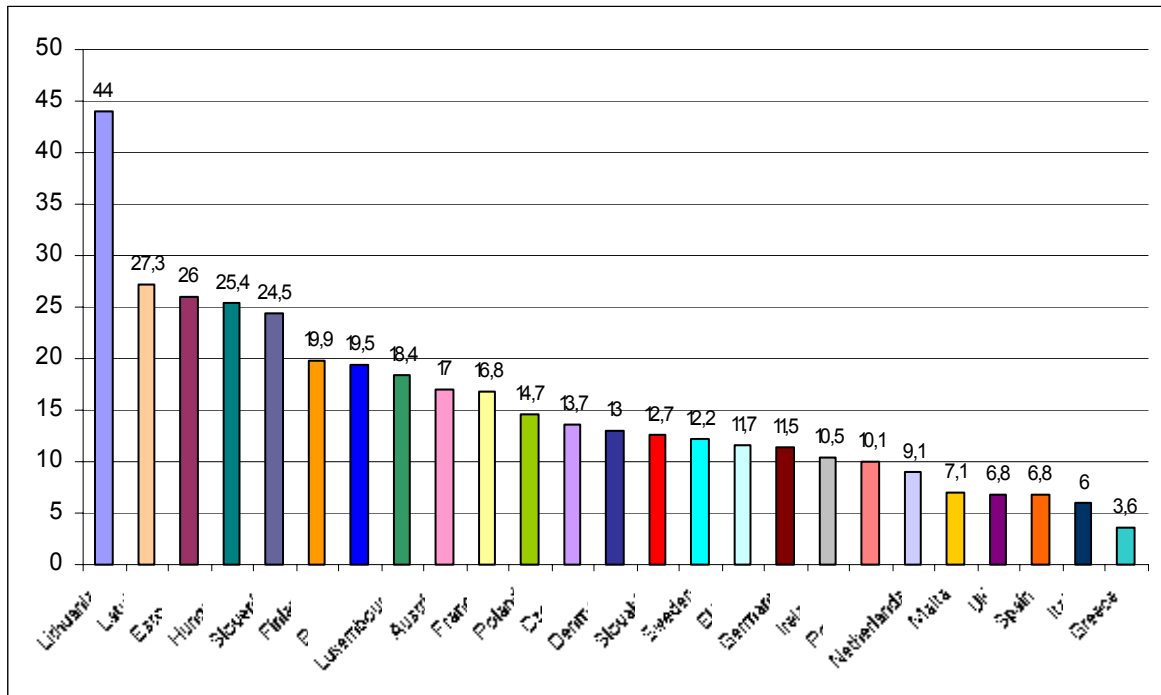
Estimated number of subjects in the general EU population (age 18–65) affected by mental disorders within past 12 months⁴⁶

Diagnosis (DSM-IV)	12-month estimate (%)	12-month estimate (million)
Alcohol dependence	2.39	7.2
Illicit substance dependence	0.66	2.0
Psychotic disorders	1.23	3.7
Major depression	6.10	18.4
Bipolar disorder	0.80	2.4
Panic disorder	1.76	5.3
Agoraphobia	1.33	4.0
Social phobia	2.22	6.7
Generalised Anxiety Disorder (GAD)	1.96	5.9
Specific phobias	6.13	18.5
Obsessive-compulsive Disorder (OCD)	0.89	2.7
Somatoform disorders	6.26	18.9
Eating disorders	0.40	1.2
Any mental disorder	27.41	82.7

Source:

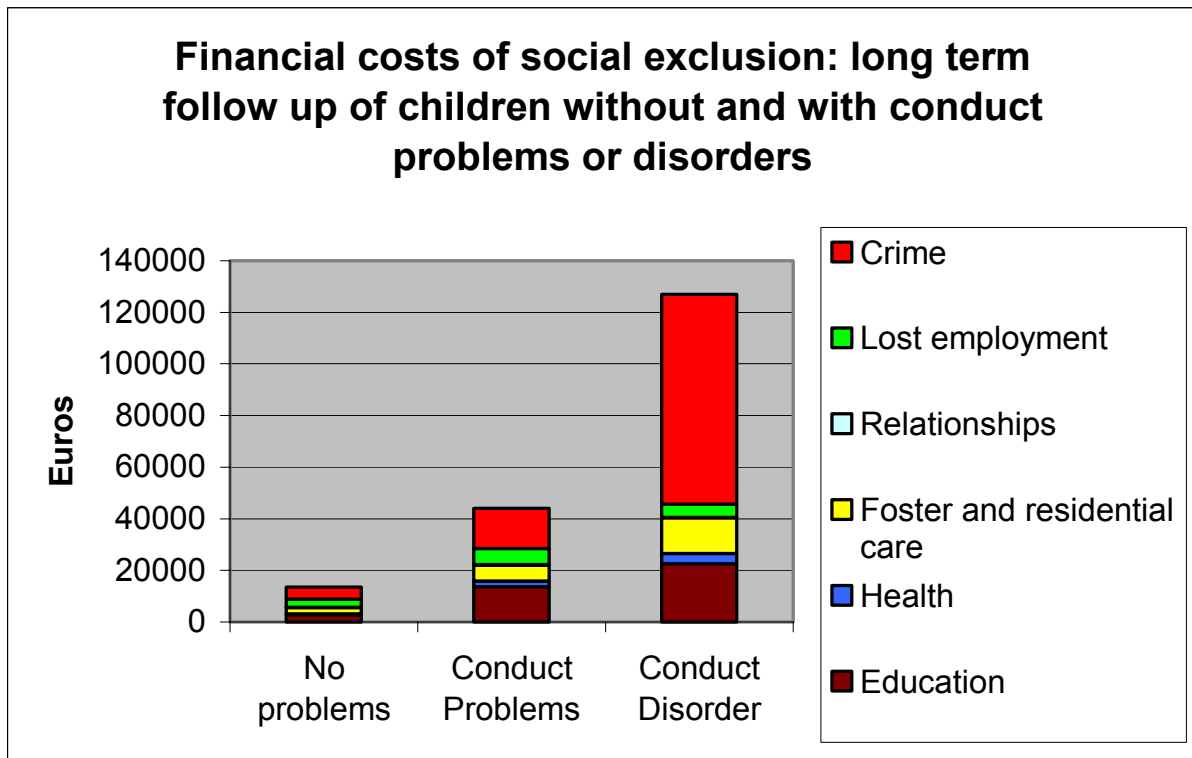
Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15, Number 4, pp. 357-376. 12-months values rounded by Commission. Percentage values based on Commission's own calculations.

ANNEX 3
Standardised death rate for suicide per 100.000 people across EU Member States in
2002⁴⁷



ANNEX 4

Long term economic costs of mental health problems. Costs converted to Euros and 2002 prices used



Source:

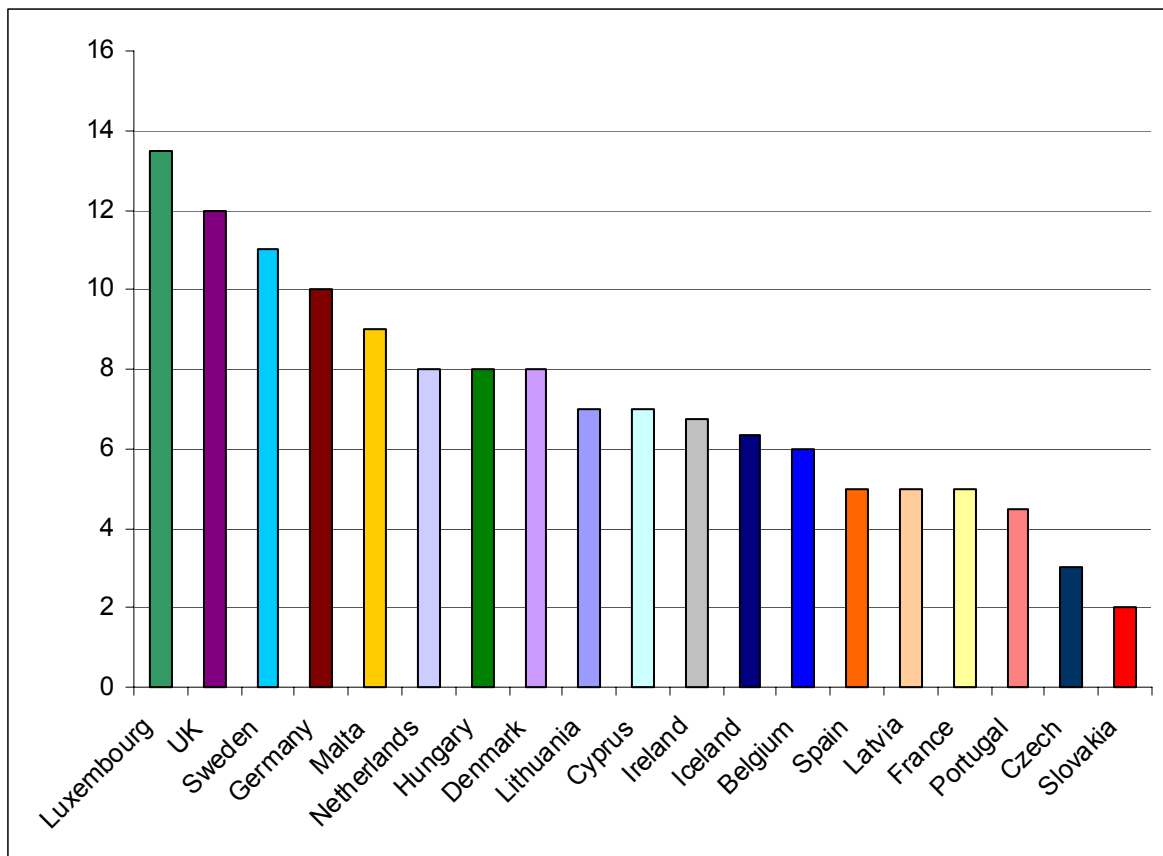
Scott, S.; Knapp, M.; Henderson, J.; Maughan, B.: Financial cost of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood, British Medical Journal (BMJ), 323, 191-196. Costs converted into Euro-values by David McDaid, Mental Health Economics European Network.

ANNEX 5**Summary of selected EC events relating to mental health between 1999 and 2005**

Year	Title of the event	Level	Council resolutions/conclusions
04/1999	Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care	Joint EU/WHO Meeting	
10/1999	European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion	EU Presidency	Council resolution on the promotion of mental health
03/2000	Health Determinants in the EU	EU Presidency	Council resolution on action on health determinants
06/2000	Violence and Promotion of Mental Health of Children and Young People	EU Presidency	
09/2000	Prevention of Youth Suicide	EU Presidency	
01/2001	Young People and Alcohol	WHO Ministerial conference/EU Presidency	Council conclusions on a Community strategy to reduce alcohol-related harm
09/2001	Future Mental Health Challenges in Europe: Impact of Other Policies on Mental Health	Joint EU/WHO Meeting	
10/2001	Coping with Stress and Depression-Related Problems in Europe	Joint EU and WHO Presidency	Council conclusions on combating stress and depression-related problems
12/2002	Future Mental Health Challenges in Europe: Strengthening Co-operation between EU and WHO	Joint EU/WHO seminar	
03/2003	Mental Illness and Stigma in Europe: Facing up to the Challenges of Social Inclusion and Equity	Joint EU Presidency, WHO and Council of Europe	Council conclusions on combating stigma and discrimination in relation to mental health

10/2003	Mental Health in Europe: New Challenges, New Opportunities	EC-funded conference/co-sponsored by WHO	
09/2004	The Mental Health of Children and Adolescents	Jointly organised by Commission/WHO/Luxembourg	
01/2005	WHO Europe Ministerial Conference on Mental Health	Commission as a coorganiser	

ANNEX 6
Mental Health Expenditure in European Economic Area countries (% of total health expenditure)



Source:

Mental Health Economics European Network (2004)

ANNEX 7
Social, environmental and economic determinants of mental health

Risk factors	Protective factors
Access to drugs and alcohol	Empowerment
Displacement	Ethnic minorities integration
Isolation and alienation	Positive interpersonal interactions
Lack of education, transport, housing	Social participation
Neighbourhood disorganisation	Social responsibility and tolerance
Peer rejection	Social services
Poor social circumstances	Social support and community networks
Poor nutrition	
Poverty	
Racial injustice and discrimination	
Social disadvantage	
Urbanisation	
Violence and delinquency	
War	
Work stress	
Unemployment	

Source:

WHO: Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options, Summary Report, Geneva 2004, p.21

REFERENCES

- 1 Communication “Strategic Objectives 2005-2009. Europe 2010: A Partnership for European Renewal.
Prosperity, Solidarity and Security”, COM(2005)12 of 26.01.2005
- 2 WHO, Strengthening mental health promotion, Geneva 2001 (Fact sheet no. 220)
- 3 Wittchen HU, Jacobi F: Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of
27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15 (2005), Number 4, pp. 357-376.
Percentage values based on Commission’s own calculations.
- 4 WHO, World Health Report 2001, p. 11. <http://www.who.int/whr/2001>
- 5 Deaths caused by traffic accidents: 50700, homicide: 5350, HIV/AIDS: 5000, WHO figures for 2002.
Own calculations based on Eurostat statistics and WHO Health For All Mortality Database
6 Estimation by ILO. http://agency.osha.eu.int/publications/newsletter/8/en/index_23.htm
- 7 Mental Health Economics European Network, project co-funded from Community Health Promotion
Programme (1997-2002), implemented by Mental Health Europe-Santé Mentale Europe, (2001-2003),
<http://www.mentalhealth-econ.org>.
- 8 Scott S, Knapp M, Henderson j, Maughan B: Financial costs of social exclusion: follow-up study of
antisocial children into adulthood, *British Medical Journal*, 323 (2001), 191-196.
- 9 The conference established a Mental Health Declaration for Europe and a Mental Health Action Plan for
Europe, both for the WHO European Region. <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
- 10 Only 26% of adult Europeans with a mental disorder have a contact with formal health services (Alonso,
J., Angermeyer, M., Bernert, S. et al. (2004). Use of Mental Health Services in Europe: Results from the
European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) Project. *Acta Psychiatr Scand*; 109
(suppl 420): 47-54.
- 11 Article 152 of the EC Treaty, <http://europa.eu.int/eur-lex/en/treaties/selected/livre235.html>
- 12 An overview is given in the publication: “Action for Mental Health. Activities co-funded from European
Community Public health Programmes 1997-2004”,
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_en.htm. A list of all
completed and ongoing such projects can be found under:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/project_en.htm
- 13 Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament and of the Council of 23 September 2002
adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). OJ No L 271,
09.10.2002
- 14 Council Directive 2000/78/EC of 27 November 2000 establishing a general framework for equal
treatment in employment and occupation, Official Journal L303 of 2.12.2000, 16-22
- 15 Fifth Framework Programme for research, technological development and demonstration activities (1998
to 2002), Decision No 182/1999/EC of the European Parliament and of the Council of 22.12.1998, O.J.
L26/1 of 01.02.1999,. Sixth Framework Programme for research, technological development and
demonstration activities covering the period 2002-2006, Decision N° 1513/2002/EC of the European
Parliament and of the Council of 27.06.2002, O.J. L232/1 of 29.08.2002; O.J. L294/1 of 29.10.02.
- 16 Mental health disability : a european assessment in the year 2000, MHEDEA-2000, RTD Project QLG5-
1999-01042, http://dbs.cordis.lu/fep-cgi/srchidadb?ACTION=D&SESSION=41092005-9-8&DOC=18&TBL=EN_PROJ&RCN=EP_DUR:36&CALLER=PROJ_LIFE
- 17 A list of health-related projects under the Information Society Technologies Programme (IST) under
Research Framework Programmes can be found under
<http://www.cordis.lu/ist/ka1/health/projectbooklet/others.htm>. Mental health-related projects include
MULTIPLE, ALDICT, ACTION, TASK, ASTRID, MEDIATE and VEPSY UPDATED.
http://europa.eu.int/comm/justice_home/funding/daphne/funding_daphne_en.htm
- 18 Eurostat. Figures for 2002 (Greece: latest available figure), as in annex 2.
- 19 Project co-funded from the Community Health Monitoring Programme (1998-2002), implemented by the
Mutuelle Générale de l’Education Nationale, Paris (2001-2004). The project covered the former 15
Member States of the EU, Norway and Iceland,
[.http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf). A
corresponding project to collect data and information for the new Member States is currently being
implemented as part of the “project “Mental health Information and Determinants for the European
Level”, cofunded from the Community Public Health Programme (2003-2008), implemented by
STAKES, Finland, <http://www.stakes.fi/mentalhealth/mindful.html>.

21 Established through the project co-funded from the Community Public Health Programme (2003-2008):
Generalitat de Catalunya, European Platform for Mental Health Promotion and Mental Disorder
Prevention: indicators, interventions and strategies. [Http://www.impha.net](http://www.impha.net)

22 Council resolution of 18 November 1999 on the promotion of mental health. Official Journal C 086,
24/03/2000 P. 0001 - 0002 Council Recommendation of 5 June 2001 on the drinking of alcohol by young
people. Official Journal C 218, 31/07/2000 P. 0008- 0009
Council conclusions of 5 June 2001 on a Community strategy to reduce alcohol-related harm. Official
Journal C 175, 20/06/2001 P. 0001- 0002
Council conclusions of 15 November 2001 on combating stress and depression-related problems. Official
Journal C 006 , 09/01/2002 P. 0001 - 0002
Council Conclusions on combating stigma and discrimination in relation to mental illness of 2 June 2003.
Official Journal C 141, 17/06/2003 P.0001-0002
Council conclusions on a Community Mental Health Action of 3 June 2005.
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/ev_20050602_en.pdf

23 Project co-funded under Community Health Promotion Programme (1997-2002): Academic Centre of
Social Sciences, University of Nijmegen: Integrating mental health promotion interventions
into countries's policies, practice and the health care system (2002-2005), www.impha.net

24 The documents can be downloaded under
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_frep_16_en.pdf and
<http://www.impha.net>

25 For further reading: WHO: Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice. Summary
Report, Geneva 2004; WHO: Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options,
Summary Report, Geneva 2004. <http://www.who.int/mental/evidence/en>

26 Projects co-funded from the Community Health Promotion Programme: Mental Health Europe-Santé
Mentale Europe, Mental Health Promotion of Adolescents and Young People (200-2001),
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/promotion/promotion_project_2000_full_en.htm#14;
Mental Health Europe-Santé Mentale Europe, Mental Health Promotion of Children up to 6 years of Age
(1997-1999),
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/promotion/promotion_project_1998_full_en.htm#17.

27 Merllie, D. & Paoli, P. (2001) Ten years of working conditions in the European Union. Dublin: European
Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

28 Projects co-funded from the Community Health Promotion Programme: Belgische Interuniversitair
Centrum, Coping with Stress and Depression-related Problems in Europe (2001-2003),
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/promotion/promotion_project_2001_full_en.htm#7;
Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress
related disorders in Europe (2001-2003),
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2001/promotion/promotion_project_2001_full_en.htm#2

29 as in footnote 21

30 Project co-funded from the Community Health Promotion Programme: Universidad de Deusto, Faculty of
Sociology, Unemployment and Mental Health
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1999/promotion/promotion_project_1999_full_en.htm#6

31 Council Resolution of 18.11.1999 (cf. footnote 19) on the promotion of mental health invited the
Commission to consider, after consultation of the member states, the need to draw up a proposal for a
Council recommendation on the promotion for mental health.

32 Expert Report "Actions against depression. Improving mental and well-being by combating the adverse
health, social and economic consequences of depression", Commission 2004.
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/depression_en.htm

33 http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_strategy0512_en.pdf

34 Official Journal C 168 of 27/06/2005, p. 1-18

35 http://europa.eu.int/eur-lex/pri/en/oj/dat/2003/l_165/l_16520030703en00310033.pdf

36 Project co-funded under the Community Public Health Programme 2003-2008, implemented by Ludwig
Maximilians-University Munich (2004-2005), <http://www.eaad.net>

37 Berger, H (1999). Health Promotion - A Change in the Paradigms of Psychiatry. In: Berger, H., K. Krajic,
R. Paul (Hrsg.): Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks. Conrad,
Gamburg

38 Project under the European Social Fund: Inclusion Europe, Included in Society (2003-2004),
http://europa.eu.int/comm/employment_social/index/socinc_en.pdf

39 “Comparative cost analysis: Community based services as an alternative to institutions”, tender no.
VT/2005/021, Official Journal on 22 June 2005 N° 2005/S 119-117014
40 <http://www.hpps.net>
41 Project co-funded from the Community Health Monitoring Programme (1997-2002), implemented by
Central Institute of Mental Health, Mannheim (2000-2002).
42 http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2000/promotion/promotion_project_2000_full_en.htm#8
COM(2005)280 of 30 June 2005
43 Proposal for a Decision of the European Parliament and of the Council concerning the Seventh
Framework Programme of the European Community for research, technological development and
demonstration activities (2007 to 2013) COM(2005) 119 final of 6th April 2005
44 Developed under The project “Implementing Mental Health into Policy Actions (IMHPA)”
www.imhpa.net
45 http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm
46 Total population EU countries (plus Iceland, Norway, Switzerland; age 18-65): 301,7 million
47 Source: Eurostat, For Greece latest year available. Please note that the official statistics very likely
underestimate death from suicide. Recording a death as suicide depends on many factors, including
cultural and religious ones.